

**ANALISIS DE LAS PERCEPCIONES DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD DESDE LOS ACTORES DEL SISTEMA**

PEDRO DANIEL FERNÁNDEZ ÁVILA

ALBA YANURY RAMÍREZ BERNAL

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD**

BOGOTÁ D, C

2017

**ANALISIS DE LAS PERCEPCIONES DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD DESDE LOS ACTORES DEL SISTEMA**

ALBA YANURY RAMÍREZ BERNAL

PEDRO DANIEL FERNÁNDEZ ÁVILA

**Trabajo de grado para optar al título de
Magister en Administración en Salud**

Asesor

DOCTOR FRANCISCO JOSE YEPES LUJAN

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD**

BOGOTA D, C

2017

Contenido

	pág.
Introducción	1
1. Justificación	5
2. Objetivo	8
2. 1 Objetivo general	8
2.2 Objetivos específicos	8
3. Marco Teórico Conceptual	10
4. Problema de Investigación	21
4.1 Propósito	22
4.2 Viabilidad y factibilidad	22
5. Metodología	23
5.1 Tipo de Estudio	23
5.2 Instrumentos para la recolección de la información	24
5.3 Técnicas para la recolección de la información	25
5.4 Técnicas para el análisis de la información	25
5.5 Consideraciones Éticas	25

6. Resultados	27
6.1 Política de Atención Integral en Salud (PAIS)	27
6.1.1 Fortalezas (PAIS)	27
6.1.2 Debilidades (PAIS).	29
6.1.3 Cambios sugeridos a la (PAIS)	29
6.2 Modelo integral de atención en salud (MIAS)	30
6.2.1 Conocimiento y fortalezas del (MIAS).	30
6.2.2 Debilidades del (MIAS).	31
6.2.3 Cambios sugeridos al (MIAS)	32
6.2.4 Respuesta del MIAS a las necesidades actuales de atención primaria en salud y a los requerimientos propios de la salud pública.	34
6.3 Rutas integrales de atención de salud (RIAS)	35
6.4 Cambios favorables que aporta al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS):	36
7. Conclusiones	39
Referencias Bibliográficas	42
Anexos	46

Lista de Anexos

	pág.
Anexo A. Cambios favorables que aporta	46
Anexo B. Fortalezas de la PAIS	47
Anexo C. Debilidades de PAÍS	48
Anexo D. Cambios que realizaría la PAIS	49
Anexo E. Fortalezas Del MIAS	50
Anexo F. Debilidades del MIAS	51
Anexo G. Cambios que se realizaría al MIAS	52
Anexo H. Actores que deberían formar parte de los cambios	53
Anexo I. MIAS responde las necesidades de atención primaria y salud pública	54
Anexo J. Es coherente MIAS Y PAIS	55
Anexo K. Garantizaría las intervenciones en salud	56
Anexo L. Consentimiento informado para investigación de entrevista semiestructurada	57

Introducción

Con la expedición de la ley 100 de 1993, la seguridad social en Colombia se ha estructurado como un sistema mejor organizado y más coherente. (Saade, 1996); antes de ésta se podía ver cómo el país tenía seis subsistemas de salud:

1) la asistencia pública: formada por el Sistema de Salud para atención a la población en general, con recursos del Estado

2) El Seguro Social: compuesto por el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, para atender la enfermedad y la maternidad, la invalidez, vejez y muerte y los riesgos profesionales en los trabajadores del sector privado

3) La Previsión Social: el régimen de protección, administrado por las Cajas de Previsión Social, a fin de dar servicios a los trabajadores del Estado

4) El subsidio familiar: formado por las Cajas de Compensación Familiar y la Caja de Crédito Agrario, con el objetivo de aliviar las cargas familiares de los trabajadores y sus familias

5) Asistencia Social: formada por instituciones creadas para atender las necesidades sociales de la población más vulnerable

6) Otras formas de protección, públicas y privadas, para dar beneficios de protección social y salud. (Castaño, Arbeláez, Giedi3n y Morales, 2001).

Por otra parte, hasta la expedición de la Constitución Pol3tica de 1991 el concepto de Seguridad Social en Colombia no hab3a sido elevado a norma constitucional. As3 mismo, exist3a, una gran dispersi3n de normas y tipo de protecci3n que diferenciaba el sector privado y p3blico,

sobre todo en materia de pensiones. Dado lo anterior el principal objetivo del nuevo sistema era mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, pero ante todo extender sus beneficios a aproximadamente 15.2 millones de personas (equivalentes al 42% de la población total) ubicadas en el rango de pobreza absoluta. (DANE, 2016). El preámbulo de la Ley 100 de 1993 definió la Seguridad Social Integral como:

El conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscababan la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Ley 100, 1993,p.2).

Posterior a esto, ha sido reformada por varias normas en particular las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Así mismo el componente de salud pública fue desarrollado mediante el Código Sanitario expedido por la ley 9 de 1979 en relación a las medidas sanitarias; la ley 10 de 1990 habla de la descentralización del modelo; así mismo la ley 715 del 2001 determina las competencias y la estructura financiera descentralizada. Adicionalmente la ley 1164 de 2007 reguló las condiciones del talento humano en Salud. A todas estas normas que tuvieron impacto en el sistema se debe agregar la ley 1751 del 2015 o Ley Estatutaria de la Salud y la Ley 1753 del 2015, Plan Nacional de Desarrollo.

Por su parte, los objetivos centrales de la reforma de 1993 son: expandir la protección

financiera familiar ante los gastos de las enfermedades catastróficas y mejorar el acceso mediante aumento en el aseguramiento. Estos objetivos muestran avances en protección financiera y solidaridad en la contribución. Así mismo, se han logrado reducir sustancialmente las brechas de inequidad. El gasto de bolsillo en salud ha disminuido del 43% del gasto total en 1995, hasta el 14% en 2014.(Amaya, 2011) Los índices de gasto catastrófico, que miden la participación relativa del gasto en salud sobre el ingreso de las familias, indican que el esquema de aseguramiento social adoptado en la reforma logró reducir muy rápidamente la fracción de gasto en salud y del gasto global de los hogares, posibilitando así un efecto de conservación del ingreso a las familias derivado del menor gasto catastrófico¹ (Amaya, 2011)

En el país, la estructura del aseguramiento evidentemente ha contribuido a realizar un adecuado manejo de los riesgos financieros y de salud, así como a ejercer un mayor control de los costos y gastos que se causan en la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) y a que los afiliados, reciban una atención más adecuada, oportuna y de calidad. El indicador más concreto como resultado del aseguramiento en Colombia, es el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual, a 31 de diciembre de 2016, asciende a 46'671.720, el 95,66% del total, mostrando una tendencia más evidente hacia la cobertura universal, en cuanto a afiliación se refiere; aunque no hay total claridad sobre la accesibilidad a los servicios de salud por parte de toda la población asegurada. (Minsalud.gov.co/proteccionSocial)

No obstante, lo anterior, la existencia de dos regímenes de salud, el contributivo y el subsidiado y un grupo de personas que no se encuentran afiliadas y clasificadas como población

¹ Mientras el gasto de bolsillo en salud de Colombia se ubica por debajo del 15%, entre el 15 y el 30% se ubican Uruguay, Argentina y Costa Rica. Por encima del 30% están Brasil, Chile, Perú y México.

pobre no asegurada, conlleva a que persistan inequidades en la prestación de los servicios de salud, representadas inicialmente en la existencia de dos planes obligatorios de servicios.

De otro lado, la disminución de la proporción de los gastos de bolsillo dentro del total de gastos de salud demuestra la efectividad del aseguramiento en el país. Igualmente, el estado de salud de los colombianos ha mejorado en varios frentes y el gasto per cápita en salud presenta una tendencia creciente. (Barón, 2007).

Dados todos los cambios presentados y las persistentes fallas en el sistema, la Ley Estatutaria de la Salud sale en el 2015 con el objeto de “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (Ley Estatutaria 1751, 2015,p.1), la cual fue promulgada como un nuevo contrato social entre el Estado y la sociedad, con el fin de compaginar tanto la naturaleza como el contenido del derecho fundamental a la salud constituyendo una oportunidad para reorientar las prioridades del Sistema, así como su operación hacia el beneficio del ciudadano.

A partir de los objetivos divergentes de los agentes, se requiere que la regulación provea normas que conduzcan a objetivos comunes, centrados en la producción efectiva de salud como el objetivo central de todo el sistema de salud y la seguridad social, para así superar el reto de una historia que muestra fragmentación desde la propia regulación. Por esta razón, el artículo 65 del Plan de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753, 2015) señala la definición de una Política de Atención Integral en Salud. Esta política busca definir las bases que permitan la acción coordinada de las normas, reglamentos, agentes y usuarios hacia las acciones e intervenciones que permitan la injerencia oportuna y efectiva del sistema en la resolución de los problemas colectivos e individuales que afecten las ganancias en salud de la población colombiana.

1. Justificación

Día a día hombres y mujeres, niños, jóvenes, adultos y ancianos, inician sus jornadas con ilusiones, desafíos, entusiasmo y esperanza, en busca de un mejor futuro con bienestar y desarrollo, enfrentándose a adversidades y desavenencias, cargando una herencia histórica de desigualdad, exclusión y discriminación social.

Considerar la salud como un derecho individual, un bien común y como elemento fundamental de la seguridad humana, implica generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esto significa disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

La población del país, se merece la mejor atención posible en temas de salud, esto significa desarrollar las mejores acciones en promoción y prevención de las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación, lo que requiere de un número suficiente de establecimientos, recurso humano, medicamentos y suministros en los servicios públicos de salud que dirijan sus servicios a las personas, a las familias y a las comunidades.

Entender la salud como el producto social resultante de la interacción de estos factores sociales, económicos, culturales y ambientales, requiere de acciones que transformen los determinantes de la salud de la población: pobreza, desempleo, vivienda, seguridad ciudadana, etnicidad y ruralidad, medio ambiente, entre otros. Ante este escenario, la salud de la población

no solo es afectada por enfermedades infecciosas, nutricionales y maternas e infantiles, sino que, a ellas, van sumándose otros problemas de mayor complejidad y costo, como el VIH/SIDA, enfermedades cardiovasculares, obesidad, cáncer, diabetes, insalubridad mental, drogadicción y violencia.

En tal sentido, es necesario construir una red de servicios que responda a los derechos universales de la salud, con equidad, calidad y humanismo que se fundamente en un contrato social para la salud a nivel nacional, pero con énfasis primordial a nivel municipal para fortalecer la gestión territorial de salud. La búsqueda del acceso universal de la salud en el marco de garantizar el ejercicio del derecho a la salud se debe caracterizar por:

a. Crear condiciones de accesibilidad de servicios de salud sin discriminación alguna, con accesibilidad geográfica, económica y cultural, y proporcionando a la población la información necesaria para el cuidado de su salud y la libre elección del mismo

b. Aceptabilidad de servicios de salud, los cuales deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

c. Calidad. Los establecimientos, y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, garantizando un trato digno, tratamientos adecuados y resolución de los problemas de salud.

En este contexto, el Ministerio de Salud propone el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), con el propósito de contribuir al acceso universal de la población y a los servicios de salud en el ejercicio del derecho humano a la misma, mediante la implementación de mecanismos para: orientar el ordenamiento territorial, la re-organización, articulación y desarrollo de la Red de Servicios, el fortalecimiento del Recurso Humano y la gestión y el

financiamiento institucional. Es decir, un modelo de salud perfectible, que sea lo suficientemente versátil como para adaptarse en los escenarios locales. Un modelo capaz de trascender de las paredes de las clínicas o los servicios de salud y que pueda desarrollarse justamente.

Las medidas se orientan a mejorar el estado de salud de los residentes en el país, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. Por lo anterior, se busca definir como elemento central a la salud, como derecho y la prioridad de establecer a futuro un modelo de seguridad social en salud inclusivo y universal.

Asimismo, los esfuerzos de política de reforma que se presentan, se orientan a la construcción de un sistema de salud integrado, que fortalezcan el alcance del mismo con el fin de conseguir mayores niveles de eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.

Actualmente, Colombia enfrenta un escenario político, económico y social que hace favorable y viable la implementación de una política de cambios en el sector salud. Estos factores son: el crecimiento sostenido de la economía, la mejora en la recaudación fiscal, el fortalecimiento del proceso democrático e institucional, el proceso de descentralización que se va afianzando, la creciente expectativa de la ciudadanía, por el ejercicio y la concreción de sus derechos, la creciente cultura por el cuidado responsable de la salud y, lo más importante, la voluntad y el respaldo político del Gobierno para tomar decisiones en el marco de una política pública de inclusión social. Este conjunto de factores debe permitir la realización de los cambios necesarios para avanzar en la protección social en salud de toda la población, y ofrecerle más y mejores servicios.

2. Objetivo

2.1 Objetivo general

Identificar las percepciones de los distintos actores acerca de las fortalezas y debilidades de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS.

2.2 Objetivos específicos

- Revisar la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, como desarrollo de la Ley Estatutaria en Salud, con el fin de analizar sus fortalezas, encontrar limitaciones y sugerir posibles mejoras a la misma.
- Analizar el Modelo de Atención Integral en Salud - MIAS, como instrumento que desarrolla la Política de Atención Integral en Salud con el fin de encontrar fortalezas y limitaciones.
- Analizar el modelo de enfoque en salud familiar y comunitaria como estrategia de atención primaria en salud con el fin de encontrar fortalezas y limitaciones.
- Analizar las características de los componentes operacionales del modelo, así como la

definición de las rutas integrales propuestas con el fin de encontrar fortalezas y limitaciones.

3. Marco Teórico Conceptual

La necesidad o condición de reformar los sistemas de salud existentes responde a la incapacidad de los países de proveer servicios ambulatorios y hospitalarios a toda la población, a la ineficiencia de los servicios, y a la poca calidad de los servicios públicos y privados dirigidos a la clase trabajadora y a las poblaciones de escasos recursos. (PAHO, 1995). Es muy difícil estimar el porcentaje de la población que tiene acceso regular a profesionales de la salud.

Desafortunadamente, las cifras oficiales son de baja credibilidad y no permiten conocer ni la calidad de los servicios prestados, ni los niveles reales de cobertura, ni el tipo de esta; pero si son suficientes para confirmar que queda mucho camino por recorrer antes de que todos los latinoamericanos tengan acceso a servicios de salud de calidad. Dada esta realidad, el primer esfuerzo que deben hacer los líderes políticos y sanitarios, es entender las razones por las cuales a pesar de que el derecho a los servicios de salud figura en la mayoría de las constituciones, los sistemas de salud han sido incapaces de universalizar el acceso a los servicios. Los únicos países que han alcanzado tasas universales (o casi universales) de cobertura de servicios de salud son Chile, Brasil, Costa Rica y Cuba; los cambios o reformas para esos países, que ya han alcanzado cobertura universal, deberán encaminarse hacia conseguir una mayor eficiencia y calidad en la

prestación del servicio, manteniendo los niveles alcanzados de cobertura.

Las ineficiencias existentes en la prestación de servicios afectan tanto al sector público como al privado. Los gobiernos, con raras excepciones y por una variedad de razones, han sido poco eficientes en la gestión de los bienes públicos. (Kutzin, 1995), en parte, la ineficiencia del sector público responde a

- Al partidismo político y su influencia en el manejo del sector público (Parker & Newbrander, 1994)
- A las presiones de grupos de interés en la definición de políticas (Camacho, 1999)
- Al hecho de que en la mayoría de los países de América Latina la prestación de servicios públicos tiene carácter monopolístico (Ugalde, 1979)

Por otra parte, las limitaciones del sector privado como solución a la ineficiencia de los servicios públicos y a la falta de cobertura empiezan a ser reconocidas por las personas que evalúan las reformas. En parte responden a la incapacidad o falta de interés del sector público de supervisar y controlar el sector privado. Kutzin (1995), observador de las reformas del sector salud en algunos países de Europa oriental comentaba que: "es más fácil dirigir el carro desde dentro que desde fuera." (p.12). Si el sector público no es capaz de organizar los servicios eficientes de salud, es muy probable que por las mismas razones no sea capaz de reglamentar al sector privado.

De acuerdo a lo anterior, en 1995 una reunión regional definió la reforma de salud como:

Un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sistema con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la

satisfacción de las necesidades de salud de la población (PAHO, 1995,p.33).

Por otra parte, en varios países las reformas han tenido un carácter global, por lo que introdujeron profundas transformaciones que afectaron a la mayoría de las funciones del sistema de salud, modificaron substancialmente las relaciones entre los subsectores público, seguro social y privado y abrieron espacios para la aparición de otros nuevos (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú y República Dominicana). Por su parte, en Cuba la reforma fue también global y profunda, pero con un sistema totalmente público, sin espacio alguno para el subsector privado o de otras instituciones no estatales.

Es así, que a comienzos del decenio de los años ochenta, sólo Cuba y Chile tenían reformas (de orientación opuesta), en donde la primera estaba casi completa mientras que la segunda recién empezaba; a mediados del decenio de los años 80 México inició parte de sus reformas de salud, interrumpida en 1988. Al inicio del decenio de los años noventa, Brasil comenzó su reforma.² En 1993 el Banco Mundial publicó su informe *Invirtiendo en la Salud* proponiendo reformas, un documento que tuvo fuerte influencia en la región, como ocurrió también con su informe sobre pensiones.

Entre 1993 y 1999, diez países comenzaron las reformas y México retomó la suya; sólo tres países entre 2000 y 2001. A fines del decenio de los años 90 la mayoría de los países latinoamericanos estaba en la etapa de diseño o en la primera fase de implementación de la reforma, en una minoría de países la implementación estaba avanzada y en unos pocos ya se estaba discutiendo o se había implantado una “segunda” generación de reformas. (Infante, De la

² Uruguay hizo algunas reformas en el decenio del 60. A fines de los 80 hubo un intento de descentralización, un proyecto de ley de 1995 no fue aprobado, y luego hubo avances modestos en la descentralización, sin profundización; no ha habido una verdadera reforma de la salud (OPS, 2005)

Mata, y López, 2000)

Entre 2003 y 2005, Chile entró en la tercera generación de reformas, Haití retomó la reforma interrumpida por la guerra civil y las crisis político-económicas, Panamá estaba estudiando una reforma para integrar su sistema de salud y Paraguay una propuesta de cambios, mientras que Venezuela estaba debatiendo en la Asamblea Nacional un proyecto de ley de salud a mediados de 2005.

A partir de lo anterior, se identificaron 10 modelos de salud resultantes de las reformas, basados en cuatro de sus características (número y rol de los subsectores, segmentación/ coordinación/integración del sistema, separación de funciones, y cobertura):

1. Público unificado con el Estado a cargo enteramente del financiamiento y la provisión directa (prohíbe el ejercicio privado) y cobertura universal gratuita (Cuba) (Benítez, 2003)

2) Seguro social unificado, que se encarga del financiamiento y la mayoría de la provisión directa, pero negocia con el subsector privado, la provisión es en parte para los asegurados, con cobertura virtualmente universal (Costa Rica)

3) Dual coordinado, combinando subsectores público-seguro social y privado, con funciones separadas de financiamiento y provisión (mayoritaria del subsector público-seguro social) y cobertura casi universal (Chile)

4) Dual con cierta coordinación entre el subsector público, dividido en niveles federal, estatal y municipal, los tres niveles ejerciendo funciones de financiamiento y provisión, y el subsector privado complementario importante, con cobertura virtualmente universal (Brasil)

5) Virtualmente dual, integrado funcionalmente, con un papel central del seguro social, secundario del subsector público y marginal del privado, sin separación de funciones y cobertura casi universal (Panamá)

6) Cuadripartito coordinado, con un subsector público-seguro social (dividido en regímenes contributivo y no contributivo), un subsector privado y uno público (“vinculado”) de carácter transitorio, con separación de financiamiento, aseguramiento y provisión, cubriendo algo más de la mitad de la población—casi universal si se tiene en cuenta el “vinculado” (Colombia)

7) Tripartito con baja coordinación entre tres subsectores: el seguro social (que cubre a la mayoría de la población); el público (a cargo de las provincias) y el privado, cada uno con su propio financiamiento y provisión (la última mayoritaria y creciente por el privado), con cobertura virtualmente universal (Argentina)

8) Tripartito segmentado, sin coordinación adecuada, separación parcial de funciones y cobertura virtualmente universal (Uruguay)

9) Tripartito segmentado o muy segmentado, carente de coordinación adecuada entre los tres subsectores, sin o con baja separación de funciones, y una población cubierta entre 57% y 73%, en once países (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela)

10) Dual, segmentado sin coordinación, con el subsector público jugando el papel fundamental, un pequeñísimo subsector privado y prácticamente no seguro social, sin separación de funciones y cobertura de 60% (Haití) (Baeza & Truman, 2005)

Los objetivos generales de las reformas de salud han sido: desmonopolizar y descentralizar la provisión de servicios públicos y de seguro social, a través de múltiples aseguradoras (con énfasis en las privadas) y autogestión hospitalaria; separar las funciones de regulación, aseguramiento, financiamiento y supervisión; otorgar libertad de elección al usuario; extender la cobertura, especialmente la atención primaria mediante un paquete básico de

prestaciones, y mejorar la calidad de los servicios; promover la equidad, reasignando recursos para reducir las brechas regionales y focalizando los subsidios fiscales en los pobres; mejorar la eficiencia, la autonomía y rendición de cuentas del sistema; cambiar el financiamiento de subsidios a la oferta hacia subsidios a la demanda; reducir el gasto público y recuperar costos a través de copagos y cuotas de uso, y promover una mayor participación y control social.

Por otra parte, en la mayoría de los países, las reformas de salud se han llevado a cabo sin amplia consulta nacional, debate público basado en proyectos de reforma o de ley publicados y difundidos, y sin participación activa de los interlocutores sociales y los usuarios. Por el contrario, han sido diseñadas desde arriba, con frecuencia con asistencia financiera internacional y, a veces, en secreto. Una recomendación importante es que futuras reformas sean consultadas con las partes interesadas (profesionales de la salud, trabajadores, empleadores, usuarios, ONG, comunidades), no impuesta desde arriba, teniendo en cuenta los valores locales. A pesar de que ha transcurrido un cuarto de siglo desde que se inició la reforma en Chile (45 años desde la de Cuba), no se han identificado aún los factores que han contribuido al éxito o fracaso de las reformas. Este punto importante no puede resolverse en este documento, pero debe tener prioridad en la agenda de investigación futura.

En tal sentido, las reformas han extendido la cobertura legal en sólo cuatro países: Brasil, Colombia, Cuba y la República Dominicana (en la última sólo parcialmente en vigor), en los otros países no se han introducido cambios legales de importancia en la cobertura. El subsector público en la inmensa mayoría de los países cubre a la población sin recursos no asegurada por el seguro social o el subsector privado. Este último comprende tres tipos: entidades con fines de lucro (medicina prepaga, seguros, hospitales, clínicas y profesionales) que atiende a la población de ingreso alto y medio-superior, especialmente en las zonas urbanas, pero también a la

población de bajo ingreso que no tiene acceso efectivo al subsector público en los países menos desarrollados y que paga de su bolsillo; sin fines de lucro (ONG, iglesias, patronatos, etc.) que asiste a la población pobre y de bajo ingreso; y medicina tradicional, importante en al menos seis países del área andina y centroamericana que atiende a la población pobre, especialmente indígena. Sólo una minoría de países ha establecido metas de cobertura; en Colombia la meta de 100% de cobertura en 2001 no se cumplió. (BID, 2002). En la actualidad la cobertura se encuentra cercana al 96%

Es importante señalar que en Colombia las reformas del sistema de salud inician un cambio significativo con la Ley 100 en 1993 y posteriormente presentan reestructuraciones importantes en su norma a través de la ley 1122 del 2007 y 1438 de 2011 en lo relacionado al campo de salud pública, está por medio del Código Sanitario en lo relacionado a las medidas sanitarias; así mismo la Ley 10 de 1990 designa el modelo de descentralización y la ley 715 la estructura financiera descentralizada.

Adicionalmente a estas normas se debe agregar la Ley estatutaria en salud: ley 1751 del 2015 y ley 1753 del 2015, Plan Nacional de Desarrollo. Los objetivos centrales de la reforma de 1993 son dos: el primero expandir la protección financiera de las familias ante las enfermedades catastróficas y el segundo mejorar el acceso mediante un aumento del aseguramiento. Desde el inicio de las reformas hasta la actualidad se ha reducido el gasto de bolsillo en un 43% para el gasto en salud en enfermedades catastróficas sobre el ingreso familiar lo que mejora los ingresos familiares. (Ruíz & Venegas, 2007). Tras 21 años la cobertura de la seguridad social, ésta ha alcanzado el 96,6%; el régimen subsidiado cubre el 48% de la población y régimen contributivo 43,6%, mientras que el 5% se encuentra en el régimen de excepción (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Fondo de Prestación Social del Magisterio, Ecopetrol y las Universidades públicas u

oficiales que se acogieron a la Ley 647 del 2001) estos resultados han sido pese a una baja inversión del Gobierno (Moncada,G, 2015)

Por lo anterior, la ley estatutaria tiene por objeto “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (Ley Estatutaria 1751, 2015,p.2); siendo promulgada como un nuevo contrato entre el Gobierno y la sociedad para dar la prioridad al contenido del derecho fundamental de la salud y así mismo reorientar el sistema de salud en sus prioridades.

Lo anterior, obliga al Estado a garantizar y proteger el debido cumplimiento del derecho a la salud de los colombianos, mediante la adopción de decisiones que no conlleven al deterioro de la salud de la población y de acciones que resulten en daño en la salud de los pacientes. Dado esto, la ley habla de unos aspectos principales que son:

1) La sostenibilidad fiscal del sistema, el cual es considerado uno de los puntos clave dentro de la Ley 1751 de 2015, pues desde ahora ésta no puede ser una causal de impedimento para prestar eficiente y oportunamente el servicio de salud. Por eso, el Ministerio de Salud y Protección Social divulgará anualmente las evaluaciones sobre resultados de goce efectivo para los elementos de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

2) Integralidad. Establece que de ahora en adelante no basta con la atención a los pacientes, sino que se debe garantizar la integralidad a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad. Así mismo refiere que: “no se podrá fragmentar la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario” (Ley Estatutaria 1751, 2015,p.2).

3) Equidad en el Sistema: La Ley Estatutaria busca garantizar la equidad dentro del Sistema de Salud, para ello el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la

reducción de las desigualdades, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida.

4) Deberes y Derechos de los Pacientes. Dentro de la Ley Estatutaria se establecen los deberes y derechos de los pacientes para la prestación del servicio, es la primera vez que los pacientes cuentan con este tipo de beneficios que buscan garantizar el derecho fundamental a la salud.

5) Prevalencia de derechos: La Ley 1751 de 2015, en su Art. 6 literal f, prioriza la atención de los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, adulto mayor, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

6) Prohibición de la negación del servicio. Con la Ley Estatutaria no se podrá negar al paciente la prestación del servicio, ni se necesitará de autorizaciones para acceder al servicio de Urgencias. As mismo se comenta que si alguna institución llegase a negar algún servicio de salud al paciente esta será sancionada.

7) Servicio en las zonas marginadas. El Estado deberá garantizar el acceso a la salud en todo el territorio nacional especialmente en las zonas marginadas. La Ley Estatutaria determina que no podrá ser un impedimento para la extensión de la red hospitalaria por rentabilidad económica, sino por rentabilidad social (Ley Estatutaria 1751, 2015)

Por esta razón, en el artículo 65 del Plan de Desarrollo (2014-2018) y la Ley 1753 del 2015, señala la definición de una Política de Atención Integral en Salud la cual busca definir las bases que permitan la acción coordinada de la norma que permita la injerencia oportuna y efectiva del sistema en la resolución de los problemas colectivos e individuales y que no permita o afecte la salud de la población colombiana.

En tal sentido, la Política de Atención Integral en Salud busca recoger la esencia de la Ley Estatutaria en Salud, principalmente en la integralidad de la atención, donde el paciente sea el centro del sistema. Así mismo esta se conforma de un marco estratégico y un modelo operacional para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud a un Sistema de Salud que centra la acción de salud en las personas a nivel individual, familiar y colectivo y no en agentes del sistema de seguridad social como los aseguradores y prestadores.

Esta política busca eliminar el camino de autorizaciones a los que estaban obligados los pacientes para gestionar su propia salud, por ello, se busca que a través de la integralidad sea definida una política que comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad (Ley Estatutaria 1751, 2015). “El objetivo final para el usuario es que tenga una autorización integral por toda la atención, eliminando los procesos de autorización para acceder a un servicio determinado” afirmó el Viceministro (Ministerio de Salud y Protección Social , 2016,p.2).

Esta se hará mediante la articulación de todos los agentes, desde los ciudadanos, los gobiernos territoriales, las EPS, los prestadores de servicios, los proveedores y el sector educativo.

La política comprende un componente estratégico, que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo; y un componente operativo, que consiste en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados.

Eso significa que la atención será la necesaria y suficiente para resolver las

necesidades de salud de la población por equipos calificados y lo más cercano a los lugares donde transcurre su cotidianidad. Una vez se implemente el MIAS, se reducirán los trámites administrativos para que, por ejemplo, una persona que tenga cáncer cuente con su tratamiento aprobado desde un principio sin tener que perder tiempo importante en aprobaciones adicionales (Ministerio de Salud y Protección Social , 2016,p.3)

El nuevo modelo establece también la mejora de las acciones en salud pública con enfoque de promoción de la salud, detección temprana de problemas de salud y la prevención de las mismas, para lo cual se requiere profundizar en la educación en salud de la ciudadanía. La Política de Atención Integral en Salud, además, se basa en las metas planteadas por el Plan Nacional de Desarrollo.

La primera, que busca cerrar las brechas en resultados en salud, que actualmente presenta grandes diferencias entre el centro y la periferia; mediante la creación de un modelo diferencial entre regiones.

Y la segunda, en la disminución del 8% de la mortalidad de enfermedades crónicas no trasmisibles que son prevenibles, a través de un enfoque distinto centrado en la prevención y no en la enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social , 2016 b)

4. Problema de Investigación

Si bien se ha encontrado que las reformas posteriores a la ley 100 de 1993 y sus modificaciones han presentado mejoras en el cubrimiento y alcance, se ha encontrado que existen algunos vacíos relevantes que pueden generar problemas en la implementación, cubrimiento y falta de cobertura de los usuarios e incluso dejar la puerta abierta para que el único recurso del usuario sea la acción de Tutela congestionando aún más nuestro sistema judicial. Estos hechos conllevaron a indagar:

- ¿Todos los actores que participan en el Sistema de Salud Colombiano conocen la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud?
- ¿Considera que las fortalezas de la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud tienen el alcance suficiente y responden a los problemas actuales del sistema?
- ¿Basados en las debilidades identificadas en la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, que desarrollos adicionales se podrían plantear para solucionar los problemas del sistema?

4.1 Propósito

El propósito de la presente investigación se orienta a evaluar e identificar el nivel de conocimiento de diferentes actores sobre la Política de Atención Integral en Salud que se vea reflejada en la mejora de las condiciones actuales de acceso precario a los servicios y a la baja capacidad de respuesta predominantemente en las áreas rurales y dispersas.

4.2 Viabilidad y factibilidad

Este trabajo es viable ya que comprende un tema reciente, el cual se encuentra al alcance de los investigadores, además del análisis y la consecución de la información con actores clave del Sistema de Salud. El trabajo es factible porque cuenta con las facilidades económicas, técnicas, y el alcance de las fuentes de información. Así mismo, como el asesoramiento técnico en la política de integración social y en la Ley estatutaria.

5. Metodología

5.1 Tipo de Estudio

Se realizará un estudio cualitativo mediante entrevistas semi estructuradas a informantes clave, apoyado en un análisis documental sobre la Política de Atención Integral en Salud, Modelo de Atención Integral en Salud y Atención Primaria.

Como metodología se realizarán entrevistas estructuradas a expertos clave de los grupos de interés conformados por:

- 1- Ministerio de Salud
- 2- Secretaría de Salud Distrital
- 3- Entidades Promotoras de Salud
- 4- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- 5- Academia

Se tiene contemplado realizar 3 encuestas por cada grupo para completar un número de 15, para realizar el posterior análisis.

Esta investigación no incluye a los Usuarios ni a la Superintendencia Nacional de Salud ya que consideramos que debido al corto tiempo que esta política ha estado implementada el conocimiento de los Usuarios es limitado y debido a esto la Superintendencia aún no tiene el

suficiente material de seguimiento sobre la efectividad en la atención al usuario.

5.2 Instrumentos para la recolección de la información

Se realizarán entrevistas semi - estructuradas las cuales tendrán una introducción para conceptualizar y precisar el tema de estudio; posteriormente se solicitará el consentimiento que incluye los parámetros de manejo y utilización de la información, procediendo a grabar la entrevista que incluye 11 preguntas con las cuales se prevé un tiempo de una hora por entrevistado.

Preguntas de la entrevista:

1. ¿Conoce la Política de Atención Integral en Salud?
2. ¿Qué cambios favorables para el sistema considera que aporta la PAIS?
3. ¿En su opinión ¿qué fortalezas tiene la Política de Atención Integral en Salud?
4. De acuerdo con su conocimiento y experiencia ¿qué cambios le realizaría a la Política de Atención Integral en Salud?
5. ¿Conoce el Modelo Integral de Atención en Salud?
6. ¿En su opinión ¿qué fortalezas y debilidades tiene el Modelo de Atención Integral en Salud?
7. De acuerdo con su experiencia ¿qué cambios considera deberían realizarse para el mejoramiento del Modelo de Atención Integral en Salud?
8. Teniendo en cuenta sus comentarios en la PAIS y en el MIAS, ¿Qué actores a nivel político y del propio sistema considera deberían formar parte de estos cambios?
9. ¿En su opinión, ¿considera que el Modelo de Atención Integral en salud responde a las necesidades actuales en lo que respecta a Atención Primaria en Salud y a los requerimientos propios de la Salud Pública?

10. ¿En su opinión, ¿considera coherente el Modelo de Atención y la Política de Atención Integral en Salud?

11. ¿En su opinión, ¿considera que las Rutas Integrales de Atención en Salud, como herramienta, garantizarían las intervenciones en salud que en materia de salud requiere la población?

5.3 Técnicas para la recolección de la información

Entrevista semi - estructurada a expertos clave, la cual será grabada y posteriormente transcrita para ser analizada.

5.4 Técnicas para el análisis de la información

Para el análisis cualitativo y relacional de conceptos comunes de la información se utilizará el software Excel, mediante tablas resumen de respuestas y comparación de información.

5.5 Consideraciones Éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2015); esta investigación se consideró como una investigación sin riesgo, en cumplimiento con los aspectos mencionados en el artículo 6 de esta resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios: (Resolución 8430 de Octubre 4 de 1993).

En el campo de los principios éticos de Responsabilidad, entendido como un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las

consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral y Justicia entendido como la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno lo que le pertenece, buscando el bien común: definido como el conjunto de valores, bienes y experiencias que contribuyen a la conservación y al progreso de la comunidad y al bienestar material, moral e intelectual de las personas que viven en ella.

En relación a riesgos y beneficios del estudio: se considera que no existió ningún riesgo devenido de la realización del estudio, puesto que el mismo consiste en la recolección de información a partir de la legislación actual, no interfiriendo en ningún proceso de atención de los pacientes. Los beneficios ya fueron mencionados en la sección destinada a la justificación de este trabajo.

6. Resultados

Luego de realizar las entrevistas semiestructuradas a los diferentes actores del sistema se consolidaron las preguntas para identificar las frases clave y así comparar la información, así mismo en las respuestas de cada pregunta se identificaron palabras clave que permiten establecer las similitudes y diferencias de los aspectos que se cubrieron en las entrevista. La metodología que se utilizó en las entrevistas comprende 11 preguntas que buscan conocer principalmente las percepciones de los actores del Sistema acerca de las fortalezas y debilidades de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), así como las del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

6.1 Política de Atención Integral en Salud (Pais)

6.1.1 Fortalezas (PAIS). Todos los actores refirieron tener conocimiento de esta, la respuesta fue uniforme y se desarrolla en contenido a lo largo de las respuestas obtenidas en la entrevista.

El Ministerio de Salud considera como fortalezas el énfasis en promoción y prevención, la organización de los servicios, la centralización de atención primaria, una gestión efectiva del riesgo, la priorización de atención por grupos de intervención, zonificación del país, la

orientación de la política hacia la construcción de nuevas condiciones de salud individuo y comunidad, la integralidad en la atención de los pacientes y una atención global y de mayor eficacia.

La Secretaría de Salud Distrital refiere como principal fortaleza la disminución de las desigualdades en el acceso a los servicios.

Los Aseguradores consideran como fortalezas la nueva importancia que alcanza la atención primaria, salud familiar, gestión integral del riesgo de salud con una posible mejoría de los determinantes sociales, mayor cobertura del aseguramiento y acceso con mejores resultados en salud, mejoras en la política farmacéutica, avances normativos en el plan de gobierno, ampliación, inversión en hospitales, evaluación de los factores de riesgo por individuo con igualdad en la oportunidad en acceso, valoración al individuo y familia en todas sus esferas.

Los Prestadores de Servicios de Salud consideran como fortaleza el traslado de la responsabilidad de la articulación del modelo al Estado, también se destaca la migración a un modelo que no es exclusivamente curativo con un enfoque en salud familiar y comunitaria, fortaleciendo la resolutivez en el componente primario, centrado en el bienestar de los individuos.

Los Expertos Académicos perciben como fortalezas la nueva definición del modelo de salud que vuelve operativo el componente primario y secundario en cuanto a nivel de atención definiendo las responsabilidades de cada uno de los entes, redefine el esquema de incentivos orientados a resultados e impacto en salud, disminuye las desigualdades en el acceso , fortalece inversión en instituciones prestadoras de servicios, fortalece aseguramiento sumado al acceso en servicios, proporciona mejores resultados en salud dando importancia del cuidado primario, las redes integradas e integrales en la articulación de los actores.

Al analizar las interrelaciones de las percepciones de los actores se resalta que todos los entrevistados consideran la Política como un mejoramiento que disminuye desigualdades, un criterio general de bienestar comunitario que se alcanza mediante el enfoque de atención primaria e integración de la atención.

6.1.2 Debilidades (PAIS). Analizando las debilidades de la Política de Atención Integral en Salud vemos que solo los Expertos Académicos dan respuesta y la enfocan a los problemas en el primer nivel y su real capacidad de respuesta, así como también refieren que esta Política se fundamente en el Modelo de Aseguramiento y se mantiene la responsabilidad de la salud de manera individual, los demás entrevistados no resaltan debilidades pero esto puede ser producto de su reciente implementación.

6.1.3 Cambios sugeridos a la (PAIS). Con la experiencia de cada uno de los entrevistados, consideran que se requieren algunos cambios de la Política de Atención Integral en Salud y dado esto el grupo de entrevistados del Ministerio de Salud considera que son necesarias estrategias de articulación con las políticas intersectoriales. El grupo de la Secretaría de Salud Distrital no refiere ninguna opinión al respecto.

Por su parte, los Aseguradores refieren que se debería incluir que en las zonas distantes se preste no solo atención primaria, también prestación de servicios de mayor complejidad, hay preocupación en cuanto al colapso de los servicios por el traslado de usuarios de otros aseguradores, la conveniencia de un menor número de familias por profesional, mayor cantidad y calidad del talento humano. Los Prestadores de Servicios de Salud (IPS) refieren que se debe incluir un claro y oportuno flujo de recursos con contención del gasto, fortalecer el enfoque de los equipos de salud, buscar mayor impacto en la salud comunitaria, fortalecer e implementar estrategias con equipos interdisciplinarios que garanticen resultados. El grupo de Expertos

Académicos manifiesta que se deben incluir controles efectivos para su implementación, redefinir competencias del talento humano, implementar el sistema enfocado en la salud, mejorar la equidad en aseguramiento y acceso, disminuir la fragmentación del sistema, la conveniencia de la asignación para cada población del cuidador primario cerca a su lugar de vivienda. Al realizar el análisis entre los diferentes actores, refieren la necesidad de fortalecer los servicios para evitar el colapso y mayor relación con la política intersectorial que permita asegurar el acceso.

Los Aseguradores y la academia dan importancia a fortalecer el talento humano. Igualmente, estos dos grupos muestran preocupación en el tema de las zonas distantes y su necesidad de garantizar atención cercana y oportuna en esos sitios.

El Ministerio y las IPS sugieren la creación de estrategias para lograr una mayor articulación de la Política.

6.2 Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

6.2.1 Conocimiento y fortalezas del (MIAS). En relación al conocimiento del Modelo Integral de Atención en Salud todos los actores refirieron tener conocimiento de este, excepto la Secretaría de Salud Distrital que refiere tener poco conocimiento del MIAS, ya que la persona entrevistada no participo activamente en el desarrollo de esta normatividad, aquellas que participaron ya no se encuentran en esta Secretaría y se podría entender que se presentaron fallas en la divulgación interna de este modelo.

El Ministerio de Salud anota que este modelo unifica coherentemente el sistema y las atenciones en salud, ayuda a la toma de decisiones del cuerpo médico, centra la atención en el

paciente, tiene herramientas concretas con directas consecuencias en la atención del paciente es decir una atención centrada en el usuario.

Para la Secretaría de Salud Distrital son fortalezas la integralidad en la atención, fortalecimiento en investigación e innovación tecnológica, estrategias para garantizar sostenibilidad financiera resumiendo una atención integral.

Los Aseguradores perciben como fortaleza la inclusión de la totalidad de la población a nivel local, consideran que el modelo convence a los funcionarios de realizar una atención integral, garantizando buena cobertura, recurso humano capacitado conformando equipos multidisciplinarios lo cual se puede resumir en buena cobertura y atención integral. El grupo de los Prestadores de Servicios de Salud ve fortalezas en el modelo de rutas dentro de las instituciones, y el modelo de atención de medicina familiar; para los académicos define y propone al prestador primario como puerta de entrada, red de atención integral en salud, caracterización de la población gestión de riesgo, ya que el prestador primario organiza y gestiona cuidado primario, se fortalece la atención primaria y se disminuyen las desigualdades.

Todos los entrevistados perciben que el Modelo Integral de Atención en Salud logra una completa atención en la prestación del servicio en cuanto acceso seguimiento y resultados en salud, tiene foco en la medicina familiar centrándose en el individuo y su grupo familiar.

La EPS, IPS y la academia perciben que se prevé una buena cobertura mediante rutas integrales de atención. La Secretaría de Salud Distrital considera que hace posible el fortalecimiento en investigación e innovación tecnológica, un factor que no menciona la academia. En común los entrevistados indican que el Modelo Integral de Atención en Salud como una buena instrumentalización de la Política de Atención Integral en Salud.

6.2.2 Debilidades del (MIAS). En cuanto a las debilidades las percepciones del grupo

entrevistado del Ministerio de Salud son la falta de herramientas para la implementación, la pedagogía en los agentes del sistema y población, la falta de claridad de la articulación con otros sectores, articulación del modelo en general el plan de implementación entre sus 10 componentes.

La Secretaría de Salud Distrital no percibe ninguna debilidad en el modelo. Los Aseguradores perciben como debilidad la falta de reglamentación para realizar mejoría en planes territoriales y aumento de los servicios, demora en la contratación para garantizar la articulación, falta de unificación de la información. Los Prestadores perciben como una debilidad la desarticulación de todos los actores por intereses propios, el trabajar desde programas de promoción y prevención desde los diferentes grupos de riesgo con una falta de articulación de los mismos. Los Académicos consideran débil el talento humano que se encuentra en el primer nivel, la carencia de una red integrada para que se cumpla el modelo, nuevamente anotan los inconvenientes del desarrollo del modelo basado en el aseguramiento, manteniendo la responsabilidad de la persona de manera individual, olvida el concepto de beneficiario del derecho a la salud.

Estas percepciones de los actores se resumen en que hay problemas en la implementación y que no existe una correcta articulación de todos los actores.

6.2.3 Cambios sugeridos al (MIAS). En relación a los cambios que proponen al Modelo de Atención Integral en salud desde el conocimiento que tiene cada actor en su área; el Ministerio de Salud refiere incluir modelos claves para la implementación, clarificar las condiciones de prestador primario y complementario, realizar un plan de implementación frente al desarrollo y adaptación de componentes, encontrar mecanismos más claros de la articulación con los diferentes programas lo cual se puede concluir en mecanismos que permitan clarificar

este modelo.

La Secretaría de Salud Distrital no percibe que se requiera realizar ningún cambio; por el contrario los Aseguradores consideran se deben realizar ajustes al sistema en la áreas de dirección, universalización y financiamiento para alcanzar un equilibrio entre los actores, aumentar el apoyo a nivel económico y aumentar el personal calificado contratado, reglamentar el tiempo en la realización de las actividades, reglamentar de manera más específicas la normatividad para poder dar cumplimiento a las metas e indicadores. Los Prestadores perciben que se debe enfatizar la política del autocuidado con políticas de Estado y no de gobierno, se deben crear mecanismos para contener la demanda innecesaria de servicios de salud, implementación de indicadores cero tolerancias de eventos o mortalidad en grupos vulnerables. Los Expertos Académicos refieren que se requiere un cambio en cuanto al fortalecimiento del talento humano también en cuanto al control efectivo que garantice la articulación, uso racional de recursos, mejorar capacidades de sanción y control a los gobiernos locales, desarrollo local de acuerdo a las condiciones de cada territorio, además consideran que la respuesta no es completamente sólida y piensan que los problemas colectivos de Atención Primaria y Salud Pública se deben enfocar como un todo, el fortalecimiento de la red para hacer viable la respuesta del modelo a las necesidades propuestas en Atención Primaria, también en su concepto de expertos se debe fortalecer la capacidad institucional y empoderamiento del usuario para el desarrollo de la atención primaria.

La EPS indica que es necesario un mayor apoyo económico, la IPS habla sobre la necesidad de enfatizar la política del autocuidado. Es importante mencionar que la Secretaría de Salud Distrital no refiere que se requiere ningún cambio.

Se mencionan de manera repetida en las percepciones de todos los grupos de

entrevistados que los cambios en el sistema son absolutamente indispensables a nivel de los Aseguradores, los Prestadores, las Secretarías de Salud y Entidades territoriales. Solo la Secretaría de Salud Distrital no refiere qué actor debería de hacer parte de los cambios, así mismo los Aseguradores adicionan que los centros de investigación deberán de formar parte activa de estos cambios.

Al realizar la comparación entre las percepciones de los diferentes actores encontramos como factor común entre los entrevistados que se centran en el diseño e implementación de modelos y controles al MIAS que garanticen su adecuada ejecución.

6.2.4 Respuesta del MIAS a las necesidades actuales de atención primaria en salud y a los requerimientos propios de la salud pública. No hay una posición absoluta de aceptación de respuesta de si el Modelo de Atención Integral en Salud responde a las necesidades actuales de Atención Primaria y Salud pública, para el Ministerio de Salud el MIAS responde a los retos, mas no quiere decir que los pueda resolver; La Secretaría de Salud Distrital no considera que sea una respuesta porque se enfatiza en la deficiencia actual de oferta de servicios; los Aseguradores no perciben el modelo como respuesta hasta que no haya reforma laboral del sector salud, solo identificaron las necesidades de las personas y no realizarán cubrimiento completo de sus necesidades.

Los Prestadores dicen que “en el documento el modelo cumple” pero se esperaría ver los resultados en la operación del mismo, consideran que el Estado no promueve autocuidado y los aseguradores no tienen la capacidad de realizar este seguimiento lo cual no garantiza alcanzar los resultados que les exigen, afirman que se debe continuar trabajando con los mismos fundamentos de intervención colectiva en primer nivel, para tener mayor cubrimiento a población vulnerable.

La posición más radical de no cumplimiento de los objetivos en la respuesta del modelo está dada por parte de las EPS, otros como la IPS y el ministerio dudan en que sea capaz de resolver la totalidad de la problemática. La academia considera que puede hacerlo, pero requiere un mayor fortalecimiento de la red y de la capacidad institucional.

En relación a la coherencia entre la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, el Ministerio de Salud, los Aseguradores, los Prestadores y expertos Académicos indican que son coherentes, pero los Expertos Académicos hacen aclaración sobre la necesidad de ser coherentes con las capacidades institucionales actuales y la alineación de los objetivos entre la Política y el Modelo. La Secretaría de Salud refiere que Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud no son del todo coherentes más no amplia la respuesta.

6.3 Rutas integrales de atención de salud (RIAS)

En relación a si las Rutas Integrales de Atención en Salud como herramienta que garantiza las intervenciones en salud que requiere la población, el análisis de la información obtenida permite establecer dos posiciones; El grupo del Ministerio de Salud considera que se necesita de varios mecanismos como, fortalecimiento de gobernanza, empoderamiento del autocuidado, apoyadas en políticas intersectoriales. La Secretaría de Salud Distrital refiere que las RIAS permiten un mejoramiento del acceso a los servicios de salud. Los Aseguradores consideran que las RIAS permiten tanto la atención al grupo familiar como seguir el ciclo vital individual. Los Prestadores consideran que las RIAS no garantizan las intervenciones en salud, las condiciones actuales en cuanto a los determinantes sociales de la salud consideran débil el modelo, se deben armonizar

las funciones con entes territoriales con estrategias a nivel nacional.

Por su parte, los Expertos Académicos consideran que la garantía de las intervenciones tampoco es clara aunque afirman que se tienen elementos necesarios y suficientes que garantizan la intervención por medio de la articulación con los demás actores, actualmente refieren que no se ha podido implementar una verdadera prueba piloto que permita eliminar las barreras administrativas que permita armonizar el derecho a la prestación de servicios y el derecho fundamental a la salud. Al realizar el análisis de estos diferentes actores y sus percepciones se puede concluir que el Ministerio de Salud y las IPS consideran que las RIAS no garantizarán las intervenciones en salud debido a que requieren de otros mecanismos complementarios, la carencia de herramientas más activas, debilidad del modelo y por la situación actual del país en cuanto a determinantes sociales de la salud. Los Expertos Académicos son optimistas que, si puede garantizarlo, pero uno de los entrevistados hace referencia a que no se ha logrado realizar una verdadera prueba piloto y analizar así todos los resultados.

6.4 Cambios favorables que aporta al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS):

El Ministerio de Salud considera que hay cambios favorables en relación al énfasis en promoción y prevención dados por una mejor organización de la prestación de servicios, la centralización de atención primaria, una gestión efectiva del riesgo, priorización de atención por grupos de intervención, zonificación al país, orientación de la Política hacia la construcción de

nuevas condiciones de salud individuo y comunidad, cambios estructurales en la arquitectura del sistema (talento humano e incentivos financieros) y mayor acceso efectivo a los servicios.

La Secretaría de Salud Distrital considera que hay una mayor cobertura del aseguramiento y acceso a los servicios de salud lo cual podría verse reflejado en mejores resultados en salud, permite una mayor inversión en la red prestadora de servicios de salud.

Los Aseguradores (EPS) consideran que se garantizaría la integralidad de la atención lo cual permite mejorar los resultados en salud, reduciendo la carga de enfermedad, se concientiza a la población sobre el autocuidado, se favorece la conformación de equipos interdisciplinarios en acciones de salud específicas para educación en P Y P y disminución del gasto.

Los Prestadores de Servicios de Salud (IPS) consideran que se consolida la salud como un derecho y se promueve el autocuidado, mejora el acceso integral a los servicios, se prioriza la equidad en la atención, se permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad, se centra el modelo de atención en la persona con acceso efectivo a los servicios de salud, articula a todos los agentes, coordina todos los sectores para modificar los determinantes de la salud, mejorar resultados en salud y cerrar brechas de inequidad.

Los Expertos Académicos piensan que se genera una oportunidad de innovación para los actores en salud en cuanto a su modelo de atención, hay una redefinición del esquema de incentivos orientados a resultados e impacto en salud, incorporación de las RIAS con protocolos de medicina basada en la evidencia, gestión del talento humano, pone como centro al sujeto, reconfigura el rol de EAPB y ente territorial, da alcance de la equidad en la atención en acceso como en los indicadores, permite la implementación de redes integradas de atención para recuperar la atención desde lo más básico centrando la atención en la persona, es una nueva mirada desde lo territorial centrado en el individuo.

Al realizar el análisis de estos actores y de sus conceptos se encuentra que la Secretaría de Salud Distrital, EPS e IPS relacionan la necesidad de un cambio para mejorar el servicio el cual debe ser integral y efectivo y por ende los resultados en salud. Todos los encuestados hablan sobre la necesidad de un cubrimiento integral y efectivo a los servicios de salud. La Academia y las IPS resaltan la necesidad de centrar la atención en la persona incluyendo un mayor cubrimiento en los servicios con la priorización de los mismos. Solo el Ministerio incluye la gestión efectiva del riesgo como un factor clave en la ejecución, además refiere diciendo “Orienta la política pública hacia la construcción de nuevas condiciones de salud del individuo y la comunidad”.

7. Conclusiones y Recomendaciones

1. El análisis de las percepciones de los diferentes actores del sistema en cuanto a la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) permiten conocer la manera como estos actores conocen estos temas, se podría afirmar que los Expertos Académicos y el Ministerio de Salud tiene un mayor conocimiento y existe similitud en la percepción de estos, las IPS y EPS tienen un conocimiento medio pero no se puede identificar un acuerdo en su percepción. Los conceptos dados por la Secretaría de Salud Distrital son muy básicos y refleja su involucramiento en estos temas ha sido muy poco.

2. Los actores del sistema entrevistados perciben que la PAIS aporta cambios favorables al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fortaleciendo el modelo de atención primaria caracterizando la población a nivel zonal adaptándose de manera particular a las necesidades particulares de cada región.

3. Los actores no perciben debilidades de la (PAIS) ya que aún no se ha implementado, lo anterior exceptúa a los expertos académicos que consideran como debilidad los problemas del proceso de implementación a nivel zonal y la falta de talento humano calificado y suficiente en estos sitios.

4. La disminución de las desigualdades en el acceso a los servicios y la atención

integral e integrada a la población es la fortaleza de la (PAIS) más importante que perciben actores como el Ministerio de Salud, la Secretaría de Salud Distrital y el grupo de expertos académicos en menor grado es compartida esta percepción por los aseguradores y prestadores que consideran que afectaría su estabilidad financiera, cada actor percibe el PAIS y MIAS de acuerdo a sus intereses.

5. La integralidad en la prestación del servicio, el enfoque en medicina familiar y atención centrada en el usuario es la fortaleza del (MIAS) más importante que perciben los actores, destacando la unificación coherente de las atenciones en salud y la acertada rectoría desde el ministerio en la articulación PAIS-MIAS.

6. El (MIAS) como herramienta que desarrolla la (PAIS) tiene su principal debilidad en que se busca implementar en un modelo de aseguramiento que se basa en el trabajo y no en el derecho a la salud como ciudadano esta es la principal debilidad que se percibe desde los expertos académicos.

7. La academia como experto es el actor que más información y análisis concreto aporta sobre la (PAIS) y el (MIAS) en cuanto a sus debilidades, fortalezas, cambios e implementación los demás actores desde su conveniencia e intereses buscan no comprometer sus sostenibilidad financiera como el grupo asegurador y prestador, o se limitan como el Ministerio y la Secretaría a ser un órgano rector pasivo que desde la opinión de los autores del presente documento presentan lineamientos pero no desarrollan estrategias efectivas para garantizar la salud como derecho.

8. De acuerdo a la escasa concordancia entre los actores que se requieren para integral las RIAS; se recomienda que es necesario que el Ministerio de Salud reglamente de manera

rápida el esquema de incentivos que permita la formación de estas redes integradas para poder implementar la PAIS.

Referencias Bibliográficas

- Amaya, J. (2011). Determining factors of catastrophic health spending in Bogotá, Colombia, *Int J Health Care Finance Econ.* . Bogotá: Mc Graw Hill.
- Asociación Médica Mundial. (2015). Declaración de Helsinki de la AMM . Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Obtenido de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Baeza, C & Truman,P. (2005). Beyond Survival: Protecting Households from Improvesrsh Effects of Health Shocks: Regional Study. World Bank, Latin America and the Caribbean Region. New York.
- Barón,G. (2007). Gasto Nacional en Salud de Colombia, 1993-2003: Composición y Tendencias. *Revista de salud pública*, 9 (2), 167-179.
- Benítez, M. (2003). Cuba: el sistema de salud frente a una población que envejece. Montevideo - Uruguay: VII Conferencia de Actuarios y Financistas a Nivel Internacional “Evolución y Perspectivas de los Sistemas de Pensiones y Salud”.
- BID. (2002). Banco Interamericano de Desarrollo. Una Evaluación Preliminar. Washington DC.: BID.
- Camacho, E. (1999). Sistemas de Salud y Desarrollo: un análisis de políticas de salud para la orientación de las acciones de cooperación al desarrollo. Bogotá: Norma editores .
- Castaño,R ; Arbeláez,J ; Giedión, Ú y Morales, G. . (2001). Evolución de la equidad en el

sistema colombiano de salud. . Santiago de Chile: Cepal. Unidad de Estudios Especiales.

DANE. (2016). Departamento Administrativo Nacional de Estadística .Series de Población 1985-2020. Obtenido de http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121

Infante, A ; De la Mata, S y y López, D. (2000). Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública, 8 (4), 13-20.

Kutzin. (1995). Experience with Organizational and financing Reform of the Health Sector. Geneva: Wolrd Health Organization.

Ley 10. (1990). Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia .

Ley 100. (1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia.

Ley 1122. (2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la Republica de Colombia .

Ley 1164. (2007). Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Bogotá: Congreso dela República de Colombia .

Ley 1438. (2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia .

Ley 1753. (2015). Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país. Bogotá: Congreso de la República de Colombia.

Ley 715. (2001). Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia .

Ley 9. (1979). Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Bogotá: Congreso de la República de Colombia .

Ley Estatutaria 1751. (2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia .

Ministerio de Salud y Protección Social Comportamiento Del Aseguramiento . (2016). Indicadores. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimen-subsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social . (2016 b). Política de Atención Integral en Salud 2016. Obtenido de <http://msps.minsalud.gov.co/ayuda/>

Ministerio de Salud y Protección Social . (2016). Entrevista al Ministro de salud. Obtenido de <http://msps.minsalud.gov.co/ayuda/>

Moncada,G. (2015). Bases de afiliación al sistema de salud. Bogotá.

PAHO. (1995). Equitable access to Basic health services: towards a regional agenda for health sector reform. Miami: Mc Graw Hill.

Parker, D & Newbrander, W. (1994). Tackling Wastage and Inefficiency in the Health Sector. Miami: World Health Forum .

Resolución 8430. (1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia.

Ruíz, F & Venegas. (2007). Progressive segmented health insurance: Colombia health reform and Access to health services. *Health Economics*, 5 (16), 3-18.

Saade, M. (1996). El sistema de seguridad social en Colombia. Buenos Aires: CIEDLA- Konrad Adenauer .

Ugalde, A. (1979). The Role of the medical profession in public health policy making: The case of Colombia. *Social Science and Medicine. Social Science & Medicine Part C Medical Economics*, 13(2), 109-119.

Anexos

Anexo A. Cambios favorables que aporta

	MINISTERIO		SECRETARIA DE SALUD	EPS		IPS			ACADEMICOS		
	A	B	A	A	B	A	B	C	A	B	C
CAMBIOS FAVORABLES QUE APORTA	ENFASIS P Y P	CAMBIOS ESTRUCTURALES EN LA ARQUITECTURA DEL SISTEMA (TALENTO HUMANO E INCENTIVOS FINANCIEROS)	MAYOR ASEGURAMIENTO Y ACCESO	ASEGURAR LA INTEGRALIDAD	CONCIENTIZAR A LA POBLACION DE AUTOCUIDADO	SALUD UN DERECHO	PRINCIPIO DE LA EQUIDAD	MODELO DE ATENCION PERSONA COMO CENTRO	INNOVACION PARA LOS ACTORES EN SALUD	ALCANCE DE LA EQUIDAD EN LA ATENCION EN ACCESO COMO EN LOS INDICADORES	RECUPERAR LA ATENCION DESDE LO MAS BASICO
	ORGANIZA SERVICIOS	MAYOR ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS	MEJORES RESULTADOS EN SALUD	MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN ACCIONES DE SALUD PARA EDUCACION EN PYP	PROMOCION DEL AUTOCUIDADO	ABORDAJE INTEGRAL	ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD	REDEFINICION DEL ESQUEMA DE INCENTIVO ORIENTADOS A RESULTADOS E IMPACTO EN SALUD	IMPLEMENTACION DE REDES INTEGRAGAS DE ATENCION	CENTRANDO LA ATENCION EN LA PERSONA
	CENTRALIZACION DE ATENCION PRIMARIA		MAYOR INVERSION A HOSPITALES	REDUCIR LA CARGA DE ENFERMEDAD	DISMINUCION DEL GASTO	ACCESO INTEGRAL		ARTICULA A TODOS LOS AGENTES	RECONCEPTUAN SERVICIOS DE SALUD		ES UNA NUEVA MIRADA DESDE LO TERRITORIAL CENTRADO EN EL INDIVIDUO
	GESTION EFECTIVA DEL RIESGO							COORDINA TODOS LOS SECTORES PARA MODIFICAR LOS DETERMINANTES DE LA SALUD	INCORPORAN RIAS PROTOCOLOS BASADOS EN LA EVIDENCIA		
	PRIORIZACION DE ATENCION POR GRUPOS DE INTERVENCION							MEJORAR RESULTADOS EN SALUD	INCORPORACION DE LA GESTION DEL TALENTO HUMANO		
	ZONIFI AL PAIS							CERRAR BRECHAS DE INEQUIDAD	PONE COMO CENTRO AL SUJETO		
	ORIENTA LA POLITICA HACIA LA CONSTRUCCION DE NUEVAS CONDICIONES DE SALUD INDIVIDUO Y COMUNIDAD		DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO						RECONFIGURA EL ROL DE EAPB Y ENTE TERRITORIAL		
CONCEPTOS CLAVE	PRIORIZACIÓN, ORGANIZACIÓN		MEJOR SERVICIO	CONCIENTIZACION Y EDUCACION		INTEGRAL, EFECTIVO			MAYOR CUBRIMIENTO, CENTRADO AL INDIVIDUO		

Anexo B. Fortalezas de la PAIS

	MINISTERIO		SECRETARIA DE SALUD	EPS		IPS			ACADEMICOS		
FORTALEZAS DE LA PAIS	ENFASIS P Y P	CAMBIO DE PARADIGMA CENTRADO A ESTADO SALUDABLE	DISMINUCION DE DESIGUALDADES	ATENCION PRIMARIA , SALUD FAMILIAR	SE PIENSA EN EL GRUPO FAMILIAR EVALUACION DE LOS FACTORES DE RIESGO POR INDIVIDUO	TRASLADO DE RESPONSABILIDAD DE LA ARTICULACION DEL MODELO AL ESTDO	NO SOLO UN MODELO CURATIVO	BIENESTAR DE LOS USUARIOS	NUEVA DEFINICION DEL MODELO DE SALUD	DISMINUCION DE DESIGUALDADES	IMPORTANCIA DEL CUIDADO PRIMARIO
	ORGANIZA SERVICIOS	INTEGRALIDAD EN LA ATENCION DE LOS PACIENTES		GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE SALUD	IGUALDAD EN LA OPORTUNIDAD		ENFOQUE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO	ENFOQUE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO	OPERATIVIZA EL COMPONENTE PRIMARIO Y SECUNDARIO	FORTALECE INVERSION EN HOSPITALES	LAS REDES INTEGRADAS E INTEGRALES EN LA ARTICULACION DE LOS ACTORES
	CENTRALIZACION DE ATENCION PRIMARIA	ATENCION GLOBAL Y DE MAYOR EFICACIA		MEJORIA DE OS DETERMINANTES SOCIALES	VALORACION AL INDIVIDUO Y FAMILIA EN TODAS SUS ESFERAS		FORTALECE LA RESOLUTIVIDAD EN EL COMPONENTE PRIMARIO		DEFINE RESPONSABILIDADES DE CADAD UNO DE LOS ENTES	FORTALECE ASEGURAMIENTO SUMADO AL ACCESO EN SERVICIOS	
	GESTION EFECTIVA DEL RIESGO			MAYOR ASEGURAMIENTO Y ACCESO					REDEFINICION DEL ESQUEMA DE INCENTIVO ORIENTADOS A RESULTADOS E IMPACTO EN SALUD	MEJORES RESULTADOS EN SALUD	
	PRIORIZACION DE ATENCION POR GRUPOS DE INTERVENCION			MEJORES RESULTADOS EN SALUD							
	ZONIFICACIÓN AL PAIS			POLITICA FARMACEUTICA FORTALECIDA, AVENCES NORMATIVOS PLAN DE GOBIERNO, AMPLIACION Y UNIFICACION DEL POS							
	ORIENTA LA POLITICA HACIA LA CONSTRUCCION DE NUEVAS CONDICIONES DE SALUD INDIVIDUO Y COMUNIDAD			INVERSION EN HOSPITALES							
CONCEPTOS CLAVE	CENTRALIZADO, INTEGRAL, GLOBAL		DISMINUCION DESIGUALDADES	MEJORIA, IGUALDAD		BIENESTAR COMUNITARIO			MEJORAMIENTO, INTEGRACIÓN		

Anexo C. Debilidades de PAÍS

	MINISTERIO		SECRETARIA DE SALUD	EPS		IPS			ACADEMICOS		
DEBILIDADES DE LA PAIS									PROBLEMAS EN LA IMPLEMENTACION		
									NECESIDAD DE UN TALENTO HUMANO RESOLUTIVO EN PRIMER NIVEL		
CONCEPTOS CLAVE									PROBLEMA. PRIMER NIVEL		

Anexo D. Cambios que realizaría la PAIS

	MINISTERIO		SECRETARIA DE SALUD	EPS		IPS			ACADEMICOS		
CAMBIOS QUE REALIZARIA A LA PAIS				EN ZONAS DISTANTES SE PRESTE NO SOLO ATENCION PRIMARIA, TAMBIEN EN MAYOR COMPLEJIDAD	MENOR NUMERO DE FAMILIAS POR PROFESIONAL	OBTENCION DE RECURSOS Y CONTENCIÓN DEL GASTO	FORTALECER EL ENFOQUE DE LOS EQUIPOS DE SALUD	FORTALECER E IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS	CONTROLES EFECTIVOS PARA SU IMPLEMENTACION	SISTEMA ENFOCADO EN LA SALUD	LA ASIGNACION PARA CADA POBLACION DE CUIDADOR PRIMARIO CERCA A SU LUGAR
	NINGUNA	ESTRATEGIAS DE ARTICULACION CON LAS POLITICAS INTERSECTORIALES		EN EPS DE LIQUIDADAS EL TRASLADO DE USUARIOS QUE NO COLAPSE LOS SERVICIOS	MAYOR TALENTO HUMANO		IMPACTO EN LA SALUD COMUNITARIA		REDEFINIR COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO	MEJORAR LAS EQUIDADES EN ASEGURAMIENTO Y ACCESO	
										DISMINUIR LA FRAGMENTACION DEL SISTEMA	
CONCEPTOS CLAVE	POLITICA INTERSECTORIAL			COLAPSO, MEJOR SERVICIO		FORTALECER SERVICIOS			CONTROLES, ASEGURAR ACCESO		

Anexo E. Fortalezas Del MIAS

	MINISTERIO		SECRETARIA DE SALUD	EPS		IPS			ACADEMICOS		
FORTALEZAS DEL MIAS	UNIFICA COHERENTEMENTE LAS ATENCIONES EN SALUD	HERRAMIENTAS CONCRETAS CON DIRECTA REPERCUSION EN LA ATENCION AL USUARIO	INTEGRALIDAD EN LA ATENCION	LA INCLUSION DE LA TOTALIDAD DE LA POBLACION	CONCIERTIZACION A LOS FUNCIONARIOS A REALIZAR ATENCION INTEGRAL	MODELO DE MEDICINA FAMILIAR	MODELO DE MEDICINA FAMILIAR		RECONCEPTUA Y PROPONE AL PRESTADOR PRIMARIO COMO PUERTA DE ENTRADA	REAL ATENCION INTEGRAL EN SALUD	CARACTERIZACION DE LA POBLACION GESTION DE RIESGO
	AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CUERPO MEDICO Y EL SISTEMA		FORTALECIMIENTO EN INVESTIGACION E INNOVACION TECNOLÓGICA		BUENA COBERTURA	MODELO DE RUTAS DENTRO DE LAS INTITUCIONES			PRESTADOR PRIMARIO ORGANIZA Y GESTIONA CUIDADO PRIMARIO	FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA Y LA DESIGUALDADES	RUTAS INTEGRALES
	ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE		ESTRATEGIAS PARA GARANTIZAR SOSTENIBILIDAD FINANCIERA		RECURSO HUMANO ESTA CAPACITADO				ESTRATEGIAS ESPECIFICAS COMO EJE EL INDIVIDUO EN SU ENTORNO		MICRO-TERRITORIOS, INCENTIVOS
					CONTAR CON EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO						ROLES ASEGURADOR, TALENTO HUMANO INVESTIGACION
CONCEPTOS CLAVE	CENTRADA USUARIO		INTEGRAL	INTEGRAL		MEDICINA FAMILIAR			ATENCION PRIMARIA		

Anexo F. Debilidades del MIAS

	MINISTERIO		SECRETARIA DE SALUD	EPS		IPS			ACADEMICOS		
DEBILIDADES DEL MIAS	FALTA DE HERRAMIENTAS PARA LA IMPLEMENTACION	ARTICULACION DEL MODELO	NO REFIERE	GENERACION DE DECRETOS PARA REALIZAR MEJORIA EN PLANES TERRITORIALES Y AUMENTO DE SERVICIOS	FALTA DE INSUMOS		ARTICULACION DE TODOS LOS ACTORES POR INTERESES PROPIOS		TALENTO HUMANO QUE SE ENCUENTRA EN EL PRIMER NIVEL	FALTA DE UNA RED INTEGRADA PARA QUE SE CUMPLA EL MODELO	MODELO SE BASA EN EL ASEGURAMIENTO
	PEDAGOGIA EN LOS AGENTES DEL SISTEMA Y POBLACION	PLAN DE IMPLEMENTACION ENTRE SUS 10 COMPONENTES		MODIFICAR LO QUE NO SE ENCUENTRA IMPLEMENTADO	DEMORA EN LA CONTRATACION		EL TRABAJAR DESDE PROGRAMAS DE PYP DESDE LOS DIFERENTES GRUPOS DE RIESGO				MANTENIENDO LA RESPONSABILIDAD DE LA PERSONA DE MANERA INDIVIDUAL
	FALTA CLARIDAD DE LA ARTICULACION CON OTROS SECTORES				FALTA DE UNIFICACION DE LA INFORMACION						OLVIDA EL CONCEPTO BENEFICIARIO DEL DERECHO EN SALUD
CONCEPTOS CLAVE	IMPLEMENTACIÓN Y ARTICULACION			DEMORAS		ACTORES Y GRUPOS DE RIESGO			INTEGRACION, TALENTO HUMANO		

Anexo G. Cambios que se realizaría al MIAS

	MINISTERIO		SECRETARIA DE SALUD	EPS		IPS			ACADEMICOS		
CAMBIOS QUE REALIZARIA AL MIAS	INCLUIR MODELOS CLAVES PARA LA IMPLEMENTACION	PLAN DE IMPLEMENTACION FRENTE AL DESARROLLO Y ADAPTACION DE COMPONENTES		AJUSTES AL SISTEMA EN LA DIRECCION, UNIVERSALIZACION Y FINANCIAMIENTO	APOYO A NIVEL ECONOMICO Y DE PERSONAL CONTRATADO	ENFATIZAR LA POLITICA DEL AUTOCUIDADO CON POLITICAS DE ESTADO Y NO DE GOBIERNO	IMPLEMENTACION DE INDICADORES CERO TOLERANCIA DE EVENTOS O MORTALIDAD EN GRUPO VULNERABLES	NO REFIERE CAMBIOS ESPECIFICOS	FORTEALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO	MEJORAR CAPACIDADES DE SANCCION Y CONTROL A LOS GOBIERNOS LOCALES	DESARROLLO LOCAL DEACUERDO A LAS CONDICIONES DE CADA TERRITORIO
	CLARIFICAR LAS CONDICIONES DE PRESTADOR PRIMARIO Y COMPLEMENTARIO	MECANISMOS MAS CLAROS DE LA ARTICULACION CON LOS DIFERENTES PROGRAMAS		EQUILIBRIO ENTRE LOS ACTORES	TIEMPO EN LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES	MECANISMO DE CONTENER DEMANDA INNECESARIA DE SERVICIOS DE SALUD			CONTRL QUE GARANTICE LA ARTICULACION	FORTEALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO	
					SOLICITUDES MAS ESPECIFICAS EN LA NORMATIVIDAD PARA PODER DAR CUMPLIMIENTO				USO RACIONAL DE RECURSOS		
CONCEPTOS CLAVE	CLARIFICAR			MAYOR APOYO ECONOMICO		MAS INDICADORES, POLITICAS DE ESTADO			CAPACIDADES Y TALENTO HUMANO		

Anexo H. Actores que deberían formar parte de los cambios

QUE ACTORES DEBERIAN FORMAR PARTE DE LOS CAMBIOS	MINISTERIO		SECRETARIA DE SALUD	EPS		IPS			ACADEMICOS		
	SUPERSALUD	ENTIDADES TERRITORIALES		MINISTRO DE SALUD	CONGRESO	MINISTERIO DE SALUD HACIENDA Y EDUCACION	GOBIERNO	MINISTERIO DE SALUD HACIENDA Y EDUCACION	GOBIERNO	FORTALEZCAN LA PLANTA DE PERSONAL EN SECRETARIAS Y DEPARTAMENTOS	FORTALEZCAN LA PLANTA DE PERSONAL EN SECRETARIAS Y DEPARTAMENTOS
	ASEGURADORES	ASEGURADORES		SECRETARIA DE SALUD		ENTE TERRITORIAL	CONGRESO	ENTIDADES TERRITORIALES	CONGRESO	POR ENDE NO HAY CONTINUIDAD	
	PRESTADORES	PRESTADORES		CENTRO DE INVESTIGACION			ASEGURADORES	ASEGURADORES	ASEGURADORES		
	ENTIDADES TERRITORIALES	ORGANIZACIONES DE PACIENTES Y USUARIOS					PRESTADORES	PRESTADORES	PRESTADORES		
	CONGRESO	CONGRESO						ORGANIZACIONES DE PACIENTES Y USUARIOS	SECRETARIAS		
		ACADEMIA						CONGRESO	ACADEMICOS		
		MINISTERIO SALUD EDUCACION HACIENDA						ACADEMIA			
								ICBF			
CONCEPTOS CLAVE	ASEGURADORES			SECRETARIA Y MINISTERIO		PRESTADORES Y ENTIDADES TERRITORIALES			SECRETARIAS		

Anexo I. MIAS responde las necesidades de atención primaria y salud pública

	MINISTERIO		SECRETARIA DE SALUD	EPS		IPS			ACADEMICOS		
MIAS RESPONDE A LAS NECESIDADES ACTUALES AN AP Y SALUD PUBLICA	SI	RESPONDE A LOS RETOS MAS NO QUIERE DECIR QUE LOS PUEDA RESOLVER	NO PORQUE NO SE ENFATIZA EN LA DEFICIENCIA DE OFERTA DE SERVICIOS	NO	NO	EN PAPEL EL MODELO CUMPLE	SE ESTA TRABAJANDO CON LOS MISMOS FUNDAMENTOS INTERVENCION COLECTIVA EN PRIMER NIVEL	SI	SI	BUENOS ELEMENTOS	PERMITE EL DESARROLLO DE LA ATENCION PRIMARIA
				HASTA QUE NO HAYA REFORMA LABORAL DEL SECTOR SALUD		SI EL ESTADO NO PROMUEVE AUTOCUIDADO Y LOS ASEGURADORES NO REALICEN SEGUIMIENTO		PROPENDE TENER MAYOR CUBRIMIENTO A POBLACION VULNERABLE	PIENSA LOS PROBLEMAS COLECTIVOS COMO UN TODO	PERO SE DEBE FORTALECER LA RED PARA HACERLO VIABLE	
				SOLO SE IDENTIFICARAN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS Y NO SE REALIZAA CUBRIMIENTO						OPTIMIZAR LOS FLUJOS DE LOS RECURSOS	FORTALECER CAPACIDAD INSTITUCIONAL Y EMPODERAMIENTO DEL USUARIO
CONCEPTOS CLAVE	DUDA SI LOS PUEDE RESOLVER			SOLO IDENTIFICA		AUTOCUIDADO			SI PERO REQUIERE OPTIMIZACION		

Anexo J. Es coherente MIAS Y PAIS

	MINISTERIO		SECRETARIA DE SALUD	EPS		IPS			ACADEMICOS		
	SI	SI	NO DEL TODO	SI	SI	SI	SI PERO SE TRABAJA BAJO EL MISMO MODELO	SI	SI	SI	SI
COHERENTE MIAS Y PAIS									ALINEACION DE LOS OBJETIVOS POLITICA MODELO	LA COHERENCIA DEBE SER CON RESPECTO A LAS CAPACIDADES INSTITUCIONALES, REALIDADES DEPARTAMENTALES Y LOCALES Y FINALMENTE, CON RELACIÓN LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN, EN CUYO CASO EL ENFOQUE POBLACIONAL ES UNO DE LOS MAYORES RETOS DEL MODELO Y DE LA POLÍTICA	ALINEACION DE LOS OBJETIVOS POLITICA MODELO
CONCEPTOS CLAVE	SI		NO DEL TODO	SI		SI			ALINEACION POLITICA Y MODELO		

Anexo K. Garantizaría las intervenciones en salud

	MINISTERIO		SECRETARIA DE SALUD	EPS		IPS			ACADEMICOS		
	NO	ELLAS POR SI SOLAS NO	SI		SI	NO	NO	UNIDAD BASICA DE REGULACION	SI	NO SE	SI
RIAS GARANTIZARIA LAS INTERVENCIONES EN SALUD	NECESITA DE VARIOS MECANISMOS	OTROS COMPONENTES	MEJORARIA EL ACCESO A LOS SERVICIO DE SALUD		POR ATENCION A GRUPO FAMILIAR Y CICLO VITAL INDIVIDUAL	DADO LA CONDICION ACTUAL QUE PASA COLOMBIA	DADO QUE NOS LAS MISMAS UTILIZADA ANTERIORMENTE SOLO QUE CON DIFERENTE NOMBRE	DEBILIDAD DEL MODELO	TIENE ELEMENTOS NECESARIOS Y SUFICIENTES PARA GARANTIZAR POR MEDIO DE LA ARTICULACION LA INTERVENCION DE LA POBLACION	DADO QUE NO SE HA PODIDO IMPLEMENTAR UNA VERDADERA PRUEBA PILOTO	SIEMPRE Y CUANDO SE ELIMINEN LAS BARRERAS ADMINISTRATIVAS
	FORTALECIMIENTO DE GOBERNANZA	POLITICAS INTERSECTORIALES				HERRAMIENTAS MAS ACTIVAS		ARMONIZAR LAS FUNCIONES CON ENTES TERRITORIALES CON ESTRATEGIAS A NIVEL NACIONAL			ARMONIZACION ENTRE EL DERECHO A LA PRESTACION DE SERVICIOS Y DERECHO A LA SALUD
	EMPODERAMIENTO DEL AUTOCUIDADO										
CONCEPTOS CLAVE	REQUIERE INTEGRACIÓN		SI, MEJORA ACCESO	SI, POR GRUPO Y CICLO VITAL		NO, DEBILIDAD, IGUAL AL ANTERIOR			SI, ARMONIZA, ELIMINAR BARRERAS, PRUEBA PILOTO		

Anexo L. Consentimiento informado para investigación de entrevista semiestructurada

Título: Análisis de las percepciones de la Política de Atención Integral en Salud desde los actores del sistema.

Universidad: Pontificia Universidad Javeriana

Facultad: Ciencias Económicas y Administrativas

Investigadores: Alba Yanury Ramírez Bernal y Pedro Daniel Fernández Ávila

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación, para hacerlo antes por favor lea cuidadosamente este consentimiento, formule todas las preguntas que tenga para así asegurar su total entendimiento.

En caso que el presente Consentimiento informado contenga términos, conceptos que le generen duda antes de responder la encuesta le agradecemos preguntar a cualquiera de los dos investigadores para que sea aclarado.

Propósito. Este proyecto tiene como objetivo general Identificar las percepciones de los distintos actores acerca de las fortalezas y debilidades de la Política de Atención Integral en Salud.

Participantes del Estudio. Este estudio es totalmente de carácter voluntario, usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento sin que esto genere cualquier tipo de penalización.

Usted ha sido seleccionado(a) basados en su amplia experiencia en el campo que trata este estudio.

Procedimientos. Para la recolección de información asociada con el estudio se les solicitará a los voluntarios participar de una entrevista y diligenciar un cuestionario

especialmente diseñado para este estudio. Este cuestionario es propiedad intelectual de los investigadores y no le da al entrevistado el derecho de divulgar a terceros o utilizar a su propio beneficio estas preguntas.

Las respuestas del presente estudio serán compiladas en un resumen

Riesgos. La participación en este estudio en ningún momento juzgara las respuestas o conceptos dados por el entrevistado, en caso de generar algún tipo de incomodidad ofrecemos disculpas de antemano.

Beneficios. Es importante aclarar que usted como entrevistado no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio (antes, durante o después), su participación es una contribución para tener diferentes puntos de vista sobre la ley.

Privacidad y Confidencialidad. La información que usted suministrara a los investigadores en el curso de este estudio permanecerá confidencial y solo se dará a conocer a los docentes de los investigadores. De igual manera los investigadores no podrán utilizar las respuestas para obtener un beneficio económico.

Los resultados de esta investigación serán documentados en medios impresos o electrónicos y pueden ser publicados en revistas científicas y en caso de querer que su identidad no sea divulgada por favor marque SI a sigue pregunta:

Desea que su identidad permanezca no sea divulgada en caso de que los resultados de este estudio sean publicados en medios impresos o electrónicos? SI_____ NO_____

Retirarse del estudio. Usted tiene el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin embargo los datos que usted haya suministrado hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que exprese formalmente que se debe eliminar toda la información suministrada.

En caso de aceptar y firmar el presente documento para la participación en este estudio usted tiene el derecho de solicitar una copia del presente documento. El original permanecerá en los archivos documentales que soportarán esta investigación.

Consentimiento

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Acepto la totalidad de las condiciones acá indicadas y consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Nombre completo del participante: _____

CC. _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____